Lane Medical Library

Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Gießen
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Poppert.

Ueber die Behandlung der offenen Magen- und Duodenalulcusperforationen an der Gießener Chirurgischen Klinik.

(Zusammenstellung der in den letzten 18 Jahren beobachteten Fälle).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen

eingereicht von

Dietrich Meiwes
Medizinalpraktikant aus Duisburg-Meiderich.

Gießen 1926.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hessischen Landes-Universität zu Gießen.

Berichterstatter: Privatdozent Dr. Düttmann.

Ueber die operative Behandlung der akuten Magen- und Duodenalulcusperforationen ist in den letzten Jahren vielfach berichtet worden. Während nun auf der einen Seite die einwandfreie Tatsache besteht, daß die Behandlung nur eine operative sein kann, ist man sich andererseits über die Art der Operation nicht ganz einig. Die meisten Chirurgen huldigen mehr den konservativen Methoden, die in Uebernähung, Excision und Sutur, Kauterisation, Netztamponade, Röhreneinführung und schließlich in Gastroenterostomie bestehen. Die Anhänger dieser Methoden stehen auf dem Standpunkt, daß bei dieser akut bedrohlichen Erkrankung mit dem schweren Allgemeinzustand der einfachste und rascheste Eingriff der beste ist. Erst in jüngster Zeit ging ein Teil der Chirurgen wegen der nicht ganz befriedigenden Dauererfolge zu der Resektionsmethode über.

Wie aus folgender Tabelle ersichtlich, kamen in der Chirurgischen Klinik zu Gießen in dem Zeitabschnitt von 1907 bis 1925 27 Fälle zur Behandlung. Bei all diesen Fällen

Tabelle I.

Geschlecht	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916
♂	1	1	1	1	—	1	1	1	1	—
♀	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Summa	1	1	1	1	—	2	1	1	1	—

Geschlecht	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
♂	1	3	—	—	2	1	—	6	2
♀	—	—	—	—	—	—	—	2	1
Summa	1	3	—	—	2	1	—	8	3

handelte es sich um offene Perforationen verbunden mit diffuser Peritonitis.

Beim Betrachten vorstehender Tabelle fällt auf, daß die Zahl der in die Klinik eingewiesenen Fälle in den letzten Jahren zugenommen hat. Ich glaube nicht annehmen zu dürfen, daß diese Steigerung allein auf die schweren Lebensbedingungen und die dadurch gesteigerte Disposition zu Magenerkrankungen zurückzuführen ist. Sicherlich werden infolge besserer Vertrautheit der praktischen Aerzte mit dem Krankheitsbild den chirurgischen Kliniken heute manche Fälle überwiesen, die früher an einer unerkannten Peritonitis draußen zugrunde gegangen wären. Was nun das Geschlecht anlangt, so überwiegt das männliche das weibliche ganz bedeutend. Das Verhältnis ist ungefähr 5,75 : 1. Die Gesamtmortalität bei dem mir zur Verfügung stehenden Material beträgt 42 %. Brunner gibt eine Mortalität von 48 %, Petry eine von 69 %, Shoemaker von 47 % und Guth aus der Heidelberger Klinik eine solche von 39 % an. Die Mortalitätsziffer der Chirurgischen Klinik zu Gießen ähnelt sehr der aus anderen Kliniken für einen größeren Zeitabschnitt mitgeteilten. Auf der nächsten Tabelle folgen nur die Mortalitätszahlen der 3 Zeitabschnitte, und zwar 1907—1914, dann die Kriegszeit 1915—1918 und dann die Nachkriegszeit 1919—1925.

Tabelle II.

	1907—1914	1915—1918	1919—1925
Mortalität	50%	60%	42%
darunter Spätfälle über 24 Stunden	4	3	5

Wie aus der Tabelle ersichtlich, ist die während der Kriegszeit zu einer geradezu katastrophalen Höhe angestiegene Mortalitätsziffer in der Nachkriegszeit ganz bedeutend besser geworden. Diese Besserung ist umso bemerkenswerter, als die Zahl der Spätfälle in dem letzten Zeitabschnitt am größten ist. Da nun die Erfahrungstatsache besteht, daß dem Intervall, das zwischen Perforation und Operation liegt, die größte Bedeutung zukommt, will ich zur besseren Uebersicht das Material auch von diesem Gesichtspunkte aus in einer Tabelle ordnen.

Tabelle III.

Intervall.	1907—1914			1915—1918			1919—1925			1907—1925		
	Anzahl	Gestorben	Mortalität	Anzahl	Gestorben	Mortalität	Anzahl	Gestorben	Mortalität	Anzahl	Gestorben	Mortalität
bis 4 Std.	1	—	0%	1	0	0%	—	—	—	2	0	0%
4—6 „	—	—	—	1	—	0%	2	—	0%	3	—	0%
6—12 „	2	—	0%	—	—	—	3	1	33%	5	1	20%
12—24 „	3	2	66%	2	2	100%	6	2	33%	11	6	63%
1—3 Tag.	2	2	100%	1	1	100%	3	3	100%	6	6	100%

Aus dieser Tabelle ergibt sich, daß die Resultate der Operation bis zu 6 Stunden nach der Perforation am günstigsten sind. Mit zunehmendem Intervall steigt die Mortalität, um bei Ablauf von 1 bis 3 Tagen bei unseren Fällen 100 % zu erreichen. Aus der Tabelle geht somit einwandfrei hervor, daß mit zunehmendem Intervall die Aussichten auf Heilung entsprechend abnehmen. Die Perforationsstellen wurden immer gefunden. Sie lagen bei den Magenulcera in den meisten Fällen an der kleinen Kurvatur und bei den Duodenalulcera an der Vorderwand. Ich habe nicht den Eindruck gewinnen können, daß der Sitz des Geschwüres in irgend einem Zusammenhang mit dem evtl. günstigen Ausgang stehen soll.

Wie schon erwähnt, ist die Frühdiagnose der perforierten Magen- und Duodenalulcera von ganz hervorragender Bedeutung, und ich möchte deshalb im Folgenden ganz kurz auf die Symptomatologie etwas eingehen. Die Facies abdominalis als klassisches Symptom der Perforationsperitonitis abzuwarten, haben wir uns abgewöhnt. Auch die motorische Unruhe werden wir bei frischen Fällen nicht finden. Wie ein Blitz aus heiterem Himmel überfällt der Schmerz die Kranken, die mit eingekrümmten Bauch in völliger Hilflosigkeit daliegen. Die Zunge ist im Anfang oft noch feucht und nicht belegt, der Puls auch nicht wesentlich beschleunigt. All dieses könnte den plötzlich auftretenden Schmerz als einfachen Magenkrampf erscheinen lassen, wenn nicht ein Symptom uns die Sicherheit der Diagnose verbürgte: Die Bauchdeckenspannung am Orte der Perforation, die rasch die ganze vordere Bauchwand ergreift. Wohl kann die Bauchdeckenspannung am Orte der Perforation bei pylorusnahen Geschwüren zu differential-diagnostischen Schwierigkeiten mit akuten Gal-

lenblasenerkrankungen führen. Die Vorgeschichte, genauer Palpationsbefund, Perkussionsbefund, insbesondere die Zunahme der Bauchdeckenspannung über das ganze Abdomen bei Perforationsperitonitis wird die Diagnose sichern, und damit die Indikation zu einem operativen Eingriff abgeben. In den letzten Jahren wird noch bei der akuten Perforation der Schulterschmerz als wichtiges Symptom angegeben. Bei einer Reihe von Fällen konnte dieses Symptom auch in der Gießener Chirurgischen Klinik beobachtet werden.

Was nun die Operationsmethode anlangt, so ist an der Chirurgischen Klinik zu Gießen in den meisten Fällen die Perforationsstelle übernäht worden. Vereinzelt wurde auch die Gastroenterostomie angeschlossen, insbesondere dann, wenn der Sitz des übernähten Geschwüres eine Stenose möglich machte. Ausgeführt wurde 4 mal die hintere Gastroenterostomie und einmal die vordere. In folgender Tabelle seien in den schon angegebenen Zeitabschnitten die Operationen tabellarisch zusammengestellt.

Tabelle IV.

	1907—1914	1915—1918	1919—1925
Keine Versorgung Drainage, Tamponade	4	1	—
Uebernähung der Perforation	4	4	9
Uebernähung und Gastroenterostomie	—	—	5
Resektion	—	—	—

Wir ersehen aus dieser Tabelle, daß kein Fall reseziert worden ist, trotzdem die Chirurgische Klinik in Gießen in den letzten Jahren dazu übergegangen ist, bei ausgewählten Fällen des chronischen Magenulcus radikal zu operieren. Die Chirurgische Klinik hat beim perforierten Magen- und Duodenalgeschwür auch heute noch den Palliativmethoden die Treue gehalten. Ich will nun versuchen im Folgenden durch Vergleich mit anderen Statistiken darzutun, ob dieser Standpunkt der Gießener Klinik berechtigt ist, oder ob tatsächlich dem radikalen Verfahren der Vorrang unter allen Umständen zu geben ist. Hotz aus Basel, der ein Gegner der Resektion bei der akuten Magenperforation ist, hat kürzlich eine Sammelstatistik aus der Literatur während der letzten 3 Jahre gemacht, um die Ergebnisse der palliativen Methoden mit denen

der radikalen Resektion vergleichen zu können. Er ist zu folgendem Ergebnis gekommen:

A) Palliative:

I. aus der englischen und amerikanischen Literatur. 12 Statistiken von 318 Fällen geheilt 264, gestorben 54, Mortalität 16 %.

II. aus deutschen Publikationen. 12 Statistiken von 441 Fällen geheilt 249, gestorben 192, Mortalität 43 %.

Zusammengefaßt sind 759 Fälle, davon geheilt 513, gestorben 246, Mortalität 32 %.

B) Resektionen:

Von 89 Fällen sind geheilt 79, gestorben 10, Mortalität 11 %.

Bei Betrachtung dieser Zahl muß man sich zuerst nun sagen, daß das Resektionsverfahren kein allzuschlechtes Resultat gezeigt hat. Wenn man aber bedenkt, daß zur Resektion doch nur die allergünstigsten Fälle gekommen sind, daß es sich um Frühfälle gehandelt hat mit beginnender Peritonitis, so sind die Resultate doch nicht so sehr günstig aufzufassen. Und mit Recht muß man sich die Frage stellen, ob nicht die erwähnten 10 Todesfälle ohne diesen radikalen Eingriff hätten vermieden werden können. Allerdings sind auch 2 Spätfälle bekannt, die nach Resektion günstig verliefen und zwar ein Fall von Schwarzmann, der 27 Stunden und ein Fall von Zöpfel, der 39 Stunden nach der Perforation operiert wurde. Auch Hotz hat bei voller Würdigung der kritischen und vorsichtigen Auswahl der Fälle die schwersten Bedenken, ein Geschwür mit schwer entzündeter und infiltrierter Umgebung auszumerzen, wenn schon eine Peritonitis im Gange ist. „Die mit der Operation verbundenen Manipulationen sind zweifellos geeignet der Peritonitis Vorschub zu leisten.“ Hotz ist auch in der Lage eine lückenlose Serie von 23 Fällen mit Palliativoperationen behandelter Ulcera ventriculi et duodeni mit nur 1 Todesfall gleich 4 % den besten radikalen Erfolgen gegenüberzustellen und damit zu zeigen, daß der unmittelbare Operationserfolg, und darauf kommt es doch an, nicht in der Wahl der Operationsmethode liegt, sondern ganz allein der Grad der bereits bestehenden Peritonitis den Endausgang bestimmt. Alle Operations-

statistiken zeigen einwandfrei den gemeinsamen Punkt: Je einer die akute Ulcusperforation zur Behandlung kommt, je weniger ausgesprochen die Peritonitis sich bemerkbar gemacht hat, desto günstiger das Resultat. Die Peritonitisfrage ist demnach allein der eigentlich springende Punkt für die Prognose des perforierten Ulcus. Das Hauptgewicht unseres operativen Vorgehens ist somit auf die Bekämpfung der Peritonitis nach modernen Grundsätzen zu richten. In erster Linie gehört natürlich dazu die Ursache der Peritonitis auszuschalten. Die Perforationsstelle ist zunächst zu schließen. Nun muß man natürlich zugeben, daß diese Forderung in einer Reihe von Fällen wegen der spröden Magenwand große Schwierigkeiten macht, sie restlos durchzuführen. Bei gutem Allgemeinzustand und geeigneter Lage des Geschwürs in der Nähe des Pylorus wäre dann die Pylorusresektion angezeigt. Nach den Erfahrungen an der Gießener Klinik kann diese daher die Resektion nicht als Methode der Wahl hinstellen. Sie steht auf dem Standpunkt, daß bei jedem perforierten Magen- und Duodenalulcus die Indikation zur Operation eine vitale ist, und nur diese vitale Forderung muß von Fall zu Fall die jeweilige Methode bestimmen. Kommt der Fall in sehr gutem Allgemeinzustand zur Operation, dann reserenziert sie, um das Ulcus in der Weise zu behandeln, wie es als beste chirurgische Methode jetzt fast allgemein anerkannt wird. Die Klinik hält sich nicht für berechtigt, die Resektion, die radikale Operation, unter allen Umständen erzwingen zu wollen. Wie aus den Fällen der letzten 18 Jahre hervorgeht, werden eben die meisten Fälle in einem nicht sehr gutem Zustande in die Klinik eingeliefert. Handelt es sich doch um Kranke, die aus der Landbevölkerung stammen und durch den langen Transport meist in einem sehr desolaten Zustande auf den Operationstisch gelangen. Nicht auf die Art der Operation ist nach Ansicht der Klinik das Hauptgewicht zu legen. Die frühzeitige Erkennung des Krankheitsbildes und die sofortige Ueberweisung in ein Krankenhaus zur operativen Behandlung dürfte der wichtigste Faktor in dieser ganzen Streitfrage sein.

Zusammenfassend kann ich also sagen, der Standpunkt der Chirurgischen Klinik bei der Behandlung der Ulcusperforationen ist im allgemeinen ein mehr konservativer. Die Klinik legt das Hauptgewicht auf die Bekämpfung der Peritonitis nach modernen Grundsätzen. Die Operation muß deshalb so wenig eingreifend wie möglich gemacht werden. Die Indikation zur Operation ist eine vitale. Die vitale Forderung muß

von Fall zu Fall individualisierend die jeweilige Methode bestimmen. Hier kommt es zunächst darauf an, das Leben des Kranken zu retten. Sollte sich die Notwendigkeit einer Resektion hinsichtlich des Dauererfolges ergeben, so ist diese auf eine spätere günstigere Zeit zu verschieben. Nur in ganz günstigen Fällen bei gutem Allgemeinzustand glaubt die Klinik berechtigt zu sein, die sofortige radikale Operation vorzunehmen.

Die angeführten Fälle der letzten 18 Jahre zeigen, daß die Mortalitätsziffer sich in gleicher Höhe mit denen anderer großer Kliniken bewegt.

Literatur.

Hotz: Zentralblatt für Chirurgie 1924. III.

Brunner: Bruns Beiträge 31 und Bruns Beiträge 40.

Brütt: Zentralblatt für Chirurgie 1921. Ergebnisse der Chirurgie. Bd. 16.

Demmer: Bruns Beiträge. Bd. 111.

Shoemaker: Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. Bd. 18.

Schwarzmann: Wiener klinische Wochenschrift, 1920. Nr. 22.

Guth: Medizinische Klinik 1925, Nr. 15.

Lebenslauf.

Ich, Dietrich Meiwes, wurde am 10. März 1900 als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Meiwes in Duisburg-Meiderich geboren. Ich besuchte das dortige Realgymnasium, wo ich aus Unterprima im Juni 1918 zum Heeresdienst einberufen wurde. Am 27. November 1918 wurde ich vom Heeresdienst entlassen und unterzog mich am 19. Dezember 1918 mit Genehmigung des Provinzialschulkollegiums in Koblenz der Reifeprüfung für Kriegsteilnehmer. Im Mai 1919 bezog ich die Universität und widmete mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Gießen, Bonn und Rostock, wo ich am 5. Mai 1922 mein ärztliches Vorexamen bestand. An der Universität Gießen legte ich die ärztliche Staatsprüfung ab und erhielt die Zulassung zum praktischen Jahr am 13. Februar 1925.

Vom 1. April 1925 bis 1. September 1925 war ich an der Chirurgischen Klinik in Gießen als Medizinalpraktikant tätig, dann vom 1. September 1925 bis 1. Januar 1926 an der Medizinischen Klinik. Ab 1. Januar 1926 bin ich am Evgl. Krankenhaus in Dinslaken am Niederrhein tätig. Die Approbation erhielt ich am 1. April 1926.

DRUCKEREI BAUER
MARBURG A.L.